

ANEXO 1: MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con lo siguiente:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de forma legítima en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, usted debe tener acceso a las siguientes partes:

- Medicare Parte A (seguro de hospital) y
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan en los siguientes momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de recibir Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permita inscribirse en planes o cambiarse de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué debo completar en este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura porque no los haya completado.

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que demuestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, en promedio. Esto incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la información recopilada. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, comuníquese por escrito a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Oficial de Autorización de Informes, dirección de entrega de correo C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún elemento junto con su información personal (por ejemplo, reclamos, pagos, historias clínicas, etc.) al Oficial de Autorización de Informes de la PRA. Se destruirán todos los elementos que recibamos y no estén relacionados con cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (que se detalla en OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué pasa después?" de esta página para enviar el formulario completo al plan.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura mensual de la prima del plan y de cualquier multa por inscripción tardía y/o beneficios suplementarios opcionales (OSB) aplicables. Puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe el formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

BayCarePlus Medicare Advantage

P.O. Box 12487

St. Louis, MO 63132

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

Llame a **BayCarePlus Medicare Advantage** al (866) 947-5820 (TTY: 711).

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a **BayCarePlus Medicare Advantage** al (866) 947-5820 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 1 800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Comuníquese con el Departamento de Ventas de **BayCarePlus Medicare Advantage (HMO)** llamando al (866) 947-5820 si necesita ayuda para completar este formulario. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio nacional de retransmisión gratuito al 711.

Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan en el desea inscribirse:

- BayCarePlus Complete (HMO)-001** (condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) \$0 al mes
- BayCarePlus Rewards (HMO)-002** (condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) \$0 al mes
- BayCarePlus Premier (HMO)-003** (condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) \$34 al mes

Beneficios Suplementarios Opcionales: Dental integral Sí No

Puede agregar beneficios suplementarios opcionales (servicios dentales integrales) por \$25 adicionales por mes. La prima mensual de los beneficios suplementarios será complementaria a la prima mensual del plan y/o multa por inscripción tardía.

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ Inicial del segundo nombre (opcional): _____

Fecha de nacimiento: (____ / ____ / ____) (M M / D D / A A A A)	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de teléfono (seleccione el número de teléfono principal): <input type="checkbox"/> Móvil: () <input type="checkbox"/> Línea del hogar: ()
---	--	--

Dirección de residencia permanente (No ingrese una casilla de correo):	Condado (opcional):	
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Dirección de correo, si es diferente de su dirección permanente (se permite ingresar una casilla de correo):

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Su información sobre Medicare

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de **BayCarePlus Medicare Advantage**? Sí No

Si responde "sí", mencione su otra cobertura y su número de identificación (ID) de esa cobertura.

Nombre de otra cobertura: _____ Número de miembro de esa cobertura: _____ Número de grupo de esa cobertura: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar el seguro de hospital (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer en **BayCarePlus Medicare Advantage**.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que **BayCarePlus** compartirá mi información con Medicare que, a su vez, puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, y con otros planes para hacer pagos y con otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Responder este formulario es de carácter voluntario. Sin embargo, no responderlo puede afectar la inscripción en el plan.
- La información incluida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare, por lo general, no tienen cobertura de Medicare mientras estén fuera del país, salvo una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de **BayCarePlus**, debo recibir todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados de **BayCarePlus**. Los beneficios y servicios proporcionados por **BayCarePlus** e incluidos en el documento llamado "Evidencia de cobertura" (también conocido como "contrato del miembro" o "contrato del suscriptor") de **BayCarePlus** estarán cubiertos. Ni Medicare ni **BayCarePlus** pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos. Leeré el documento llamado "Evidencia de cobertura" de **BayCarePlus** cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage.
- Una vez que yo sea miembro de **BayCarePlus**, entiendo que tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si estoy en desacuerdo.
- Entiendo que, al inscribirme en **BayCarePlus**, se cancelará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de medicamentos recetados o plan de salud de Medicare.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y que
 - 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Condiciones de inscripción en los Beneficios Suplementarios Opcionales (OSB): Si marcó la casilla "Sí" para agregar OSB en la página 1, lea la siguiente información. Al completar esta solicitud de inscripción:

- Estoy de acuerdo en añadir la OSB, que incluye los beneficios dentales integrales por \$25 al mes. Esta cantidad se suma a mi prima de Medicare, a las primas del plan **BayCarePlus** y a cualquier multa por inscripción tardía (LEP) que pueda aplicarse.
- Entiendo que los OSB están disponibles solamente para los miembros inscritos en un plan **BayCarePlus** y que la cancelación de la inscripción en un plan **BayCarePlus** supondrá la cancelación automática de la inscripción en los beneficios suplementarios opcionales .
- Entiendo que debo recibir atención con cobertura de parte de proveedores dentro de la red, salvo en caso de requerir atención de emergencia o cuidado urgente. Si recibo servicios de un proveedor fuera de la red, deberé pagar todos los costos relacionados con esos servicios.
- Entiendo que si me doy de baja de OSB, no seré elegible para volver a inscribirme hasta el próximo período de inscripción válido de **BayCarePlus** en OSB.
- Entiendo que si no pago la prima mensual de los OSB, perderé los OSB pero permaneceré inscrito en **BayCarePlus**.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Relación con el afiliado:

Número de teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Sección 2: Todos los campos de esta página son opcionales

Usted decide si responde o no estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura porque no los haya completado.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español Francés criollo Vietnamita Portugués Chino

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letra de imprenta grande

Comuníquese con **BayCarePlus** Medicare Advantage llamando al (866) 947-5820 si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no se mencionó anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los días festivos. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Mencione su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud de la red de BayCarePlus:

Médico de atención primaria (PCP):

Dr./Dra. _____

(Nombre)

(Apellido)

N.º del PCP del directorio de proveedores:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Es su médico actual?

Sí No



LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE



Si actualmente tiene cobertura de salud proporcionada por un empleador o sindicato, la inscripción en BayCarePlus Medicare Advantage podría afectar los beneficios de salud que usted recibe de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud proporcionada por su empleador o sindicato si se inscribe en BayCarePlus Medicare Advantage. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite nuestro sitio web o comuníquese con la oficina que se menciona en las comunicaciones. Si no hay ninguna información sobre con quién comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura podrán ayudarlo.

Cómo se pagan las primas de su plan

Ya sea que esté inscrito en un plan con primas o sin primas, podrá pagar las primas del plan y cualquier multa por inscripción tardía y/o OSB correspondientes que tenga o que pueda adeudar **por medio de una deducción automática del cheque de beneficios del Seguro Social (Administración del Seguro Social [SSA]) o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).** Además, puede elegir pagar con transferencia electrónica de fondos (EFT) o con cheque por correo cada mes.

Si tiene que pagar una suma de ajuste mensual conforme a los ingresos mensuales - Parte D (IRMAA - Parte D), deberá pagar esta suma adicional además de la prima del plan. La suma suele extraerse de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague IRMAA-Parte D de BayCarePlus Medicare Advantage.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no estarán sujetos a la brecha en cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede postularse en línea para obtener Ayuda Adicional en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para recibir Ayuda Adicional con los costos de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará toda la prima de su plan o una parte de ella. Si Medicare únicamente paga una parte de esta prima, le facturaremos la suma que Medicare no cubre.

Si no selecciona una de las siguientes opciones de pago, recibirá una factura mensual.

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: ____ Seguro Social ____ RRB

Puede tardar un máximo de 90 días para recibir la aceptación de la suspensión de la SSA o la RRB. La SSA o la RRB comenzarán la deducción a partir de la fecha de aceptación. Los miembros recibirán una factura por cualquier mes previo a la fecha de aceptación de la suspensión por parte de la SSA o la RRB, que deberán pagar ellos. En circunstancias limitadas, tal vez Medicare no autorice la opción de deducción de la SSA o la RRB y podría indicar que el plan facture directamente al miembro. Si esto ocurre, se le notificará por escrito.

- Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes.

Si elige que se obtengan los fondos directamente de su cuenta corriente, se conoce como transferencia electrónica de fondos (EFT). Si elige este método de pago, recibirá una carta del plan en la que se solicita la devolución de un cheque cancelado junto con la carta para crear una cuenta. No envíe un cheque cancelado en el momento de la inscripción. Su solicitud se procesará dentro de los 60 días hábiles de haber recibido el cheque cancelado devuelto y la carta. Las primas se deducen de su cuenta bancaria el día 2 de cada mes para la cobertura del mes en curso.

- Pago directo

Recibirá una factura mensual que contiene las instrucciones de pago.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de Medicamentos Recetados (PDP, por sus siglas en inglés), para mejorar la atención y para el pago de beneficios de Medicare. En las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y en el Título 42 del CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 se autoriza la recopilación de esta información. Los CMS pueden divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Sistema de Notificación de Registros (SORN, por sus siglas en inglés), "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Responder este formulario es de carácter voluntario. Sin embargo, no responderlo puede afectar la inscripción en el plan.

ÚNICAMENTE PARA USO OFICIAL

N.º de confirmación (Ingreso rápido o inscripción telefónica):		N.º de registro de la solicitud:				
N.º de ID del plan:		Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:				
Períodos de selección:	<input type="checkbox"/> Período de elección de cobertura inicial (ICEP) (I)	<input type="checkbox"/> Período de inscripción inicial (IEP) (E)	<input type="checkbox"/> 2.º IEP (F)	<input type="checkbox"/> Período de inscripción anual (AEP) (A)	<input type="checkbox"/> Período de inscripción abierta (OEP) (M)	<input type="checkbox"/> Período de inscripción abierta para personas institucionalizadas (OEPI) (T)
Períodos de selección especial (SEP): (marque todas las opciones que correspondan)						
SEP (S)			SEP (V)			
<input type="checkbox"/> SPAP (38) <input type="checkbox"/> Pérdida del Plan de necesidades especiales (SNP) (35) <input type="checkbox"/> Derecho retroactivo (32) <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria/ Cobertura (22) <input type="checkbox"/> No renovación de contrato/plan (12) <input type="checkbox"/> Violaciones al contrato <input type="checkbox"/> Plazo del contrato: inmediato (11) <input type="checkbox"/> Plazo del contrato: solo MA (12) <input type="checkbox"/> Plazo del contrato: CMS (11) <input type="checkbox"/> Multa de CMS (23) <input type="checkbox"/> Agencia Federal de Gestión de Emergencias (FEMA)/Desastres (01) <input type="checkbox"/> Plan colocado en sindicatura (39) <input type="checkbox"/> Plan de rendimiento deficiente compatible identificado por CMS (40) <input type="checkbox"/> Retraso de formato accesible (21) <input type="checkbox"/> Inv. Dis. - Pérdida de la Parte B (25) <input type="checkbox"/> Transición PACE (27) <input type="checkbox"/> No renovación de plan de costos (28) <input type="checkbox"/> Abandono de Medigap en periodo de prueba (29) <input type="checkbox"/> Elegibilidad adicional del IEP de la Parte D (31) <input type="checkbox"/> Inscripción tardía en la Parte B (34) <input type="checkbox"/> Presencia legítima (37) <input type="checkbox"/> Desastre por COVID-19 (02)			<input type="checkbox"/> Mudanza permanente SEP (W) <input type="checkbox"/> Ganancia o pérdida de cobertura del empleador SEP (L) permitido una vez por trimestre <input type="checkbox"/> Doble elegibilidad/Tiene Medicaid <input type="checkbox"/> No tiene doble elegibilidad con Subsidio por bajos ingresos (LIS) SEP (U) <input type="checkbox"/> Ganancia, pérdida o cambio en estado de doble elegibilidad <input type="checkbox"/> Ganancia, pérdida o cambio de Medicaid <input type="checkbox"/> Ganancia, pérdida o cambio en estado de no doble elegibilidad con LIS SEP (R) <input type="checkbox"/> SEP de 5 estrellas			
Nombre del productor:		Número nacional de productor (NPN):		Fecha de recepción de la solicitud:		



Devuelva la solicitud completa a la siguiente dirección:

BayCarePlus Medicare Advantage

P.O. Box 12487

St. Luis, MO 63132

Llame al (866) 947-5820 para obtener más información, incluidos servicios gratuitos de traducción de idiomas, en relación con su plan de **BayCare Select Health Plans**. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio nacional de retransmisión gratuito al 711. Nuestras líneas telefónicas están abiertas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los días festivos. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. **BayCare Select Health Plans** es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en **BayCare Select Health Plans** depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.